記　入　例

過去に同じ種類の補整具について、県内の他の市町村から同様の助成金等の交付を受けている方は助成対象外となります。ご注意ください。

助成は【ウィッグ】【乳房補整具】各１回限りです。
複数の場合は１回にまとめて申請してください。

様式第１（第６条関係）

（表）

小牧市がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書

年　月　日

（宛先）小牧市長

申請者
住　　所 〒
氏　　名
助成対象者との続柄（　　）
生年月日
電話番号

小牧市がん患者医療用補整具購入費助成金の交付を受けたいので次のとおり申請します。なお、この助成金の交付決定にあたり、私の住民登録情報、納税情報等を公簿により調査されることや必要に応じた関係機関への問い合わせに同意するとともに、他の県内の地方公共団体から助成金等の交付を受けていないことを誓約します。

助成対象者	ふりがな		
	氏名	□申請者と同じ	
	住所	〒 □申請者と同じ	
がんの治療状況	医療機関名		
	疾患名		
	治療方法	手術・放射線・薬剤・その他（　　）	
がん治療を受けたまたは現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又はがんの外科的治療等による乳房の変形を証明する書類	・お薬手帳　・治療方針計画書　・同意書 ・その他（　　） ※いずれかを○で囲み、写しを添付してください。		
助成対象経費	医療用補整具の種類	医療用ウィッグ	乳房補整具
	購入年月日（領収書の日付）	年　月　日	年　月　日
	領収書の名前及び本人との続柄	（続柄　　）	（続柄　　）
	購入費用	①　　円（税込）	②　　円（税込）
	助成対象額		
助成金交付申請額（③と④の合計額を記入してください。）			

郵送は到着日が受付日です。

住所は住民登録をしている住所を記載してください。

助成対象者（18歳未満の場合はその保護者）が内容に同意の上、ご記入ください。
領収書宛名や口座名義人が助成対象者と異なる場合は※1へ

平日の日中に連絡がつく電話番号を記入してください。

助成対象者の氏名・生年月日・住所をご記入ください。申請者と同じ場合は「申請者と同じ」に☑を記入すると氏名・住所を省略できます。

がん治療を行った医療機関等を記載してください。

治療内容が分かる書類のコピーを添付してください。（①～③必須）
【ウィッグ】①本人氏名②脱毛原因の治療内容（抗がん剤名や処方日等）③医療機関名等
【乳房補整具】①本人氏名②乳房の変形を伴うがんの外科的治療内容（乳房切除術等）③医療機関名

助成対象額・助成金交付申請額は記入不要です。

※小牧市で審査し申請・交付決定後、振込先へ入金予定です。（申請受付後約１か月程度かかります。）

申請者名義の銀行・支店・口座名が確認できる振込先通帳のコピーを添付してください。

様式第４（第８条関係）

小牧市がん患者医療用補整具購入費助成金交付請求書

（宛先）小牧市長

交付決定者
住　　所 〒
氏　　名

日付・請求金額等は記入不要です。

様式第１の申請者と同じ方でお願いします。

で交付決定通知を受けた助成金について、下記のとおり請求します。

記

請求金額		円
振込先	金融機関名	銀行・信用金庫・農協
	支店名	本店・支店・出張所
	口座種類	普通　・　当座
	口座番号	
	（フリガナ） 口座名義人	

原則、様式第１の申請者と同じ方でお願いします。※1

備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。

※1異なる場合には、記載内容の変更や委任状が必要となります。事前に保健センターへお問合せください。

＜Q&A（一部）＞…詳細は市公式ホームページもしくは配布資料をご確認ください。

Q. 領収書が発行されませんでした。どうすればよいですか。

A. 購入元へ今一度発行できないかご確認いただき、難しい場合は【支払いした事がわかる書類（原本）】と【購入内容が確認できる書類】を添付してください。

Q. 領収書の品名にはどのような記載が必要ですか。

A. 品名は助成対象品であることがわかるよう、「（全頭用・部分用）ウィッグ」「ネット」「補整下着（下着）」「補整パッド」又は「人工乳房」と記載してください。品名に【～一式】【～等】の記載や助成対象外の品が含まれている場合は『金額の内訳※2』が必要です。

※2 助成対象品・対象外の品の「それぞれの金額・内容」を補足する記載もしくは添付書類（支払い明細、カタログ等）